

# 同意書

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

(申請者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ を代理人と定め、

下記の事項を委任します。

## 記

大阪南医療センターに対する、

患者氏名) \_\_\_\_\_

についての、医療記録一切(診療録、看護記録、検査記録等)  
の開示申請手続き及び受領に関する一切

以上

年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

(患者氏名) \_\_\_\_\_

Ⓔ

※ 当書類に記載された個人情報については、当センターの個人情報保護方針に基づいて  
適切に処理いたします。